

## Instrucciones para completar la solicitud para Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS)

La unidad de inscripción en los servicios de rehabilitación infantil, bajo el departamento de servicios a los miembros de AHCCCS (Arizona Health Care Cost Containment System), recibe las solicitudes para inscripción en el programa de rehabilitación infantil (conocido como CRS por sus siglas en inglés, Children's Rehabilitative Services). Para ser aceptado en el programa el solicitante debe ser miembro de AHCCCS y necesitar tratamiento activo para una de las condiciones médicas definidas en [A.A.C. R9-22-1303](#).

Si el solicitante no es miembro de AHCCCS, debe inscribirse a través de uno de los medios a continuación:

- Llamando al número gratuito de AHCCCS, 1-800-654-8713;
- Aplicando en Internet a [www.healtharizonaplus.gov](http://www.healtharizonaplus.gov); o
- En internet a: <https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/apply.html>, imprimir y completar un solicitud de AHCCCS.

### Cómo solicitar el Programa CRS (el programa de rehabilitación infantil)

Para solicitar el programa CRS, hay que rellenar una solicitud de CRS, en inglés o en español (haga clic en los enlaces a continuación), y entregarla a la Unidad de Inscripción CRS junto con la documentación médica que demuestre que reúne los requisitos para recibir servicios de rehabilitación.

- [Solicitud CRS en Inglés](#)
- [Solicitud CRS en Español](#)

Cualquier persona puede llenar la solicitud, ya sea un miembro de la familia, un médico o un representante del plan de salud. La unidad de inscripción CRS también le puede ayudar a completar el formulario. Puede ponerse en contacto con ellos en: Unidad de inscripción CRS: 602-417-4545 o 1-855-333-7828.

La solicitud CRS pide la siguiente información:

- El número de identificación de AHCCCS y el Plan de Salud vigente de AHCCCS, si usted es miembro actual de AHCCCS. Si no lo es, indica si ha solicitado AHCCCS en la sección uno (1) de la solicitud CRS.
- Nombre, inicial del segundo nombre y apellido;
- Fecha de nacimiento;
- Sexo;
- Número de Seguro Social;
- Nombre del padre/madre o representante, su relación con el solicitante, su dirección postal y números de teléfono;
- Nombre, dirección e información de contacto del médico primario;
- Diagnóstico primario y el plan de tratamiento;
- Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que hace la referencia o recomendación (cuando alguien que no sea usted o un miembro de la familia hace la solicitud, eso se llama una referencia);
- Indique la relación entre la persona que hace la referencia y el solicitante; y
- Si desea autorizar a AHCCCS a divulgar información a la persona de referencia, firme la sección de consentimiento en el pie del formulario de solicitud.

NOTA: No se puede inscribir en el programa de CRS hasta que se haga miembro de AHCCCS.

No se olvide de enviar la información que apoya el diagnóstico médico y la necesidad de tratamiento. Puede ponerse en contacto con su médico para que le ayude a recopilar la información médica.

La solicitud completa junto con la información médica puede enviarse por correo o por fax a:

AHCCCS/Children's Rehabilitative Services  
Attn: CRS Enrollment Unit  
801 East Jefferson MD3500  
Phoenix, AZ 85034  
Fax: 602-252-5286

Unidad de Inscripción CRS: 602-417-4545 o 1-855-333-7828

La Unidad de Inscripción CRS le enviará una notificación indicando que su solicitud de CRS ha sido aprobada o negada.